

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 65

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LÉSIONS DE L'ANSE SIGMOÏDE

AU COURS DES ANNEXITES GAUCHES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 décembre 1929

PAR

Louis-Émile BADELON

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à TOULON (Var), le 19 juillet 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		ANDÉRODIAS, professeur	Juges.
		PERY, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 65

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LÉSIONS DE L'ANSE SIGMOÏDE

AU COURS DES ANNEXITES GAUCHES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 décembre 1929

PAR

Louis-Émile BADELON

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES TROUPES COLONIALES

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à TOULON (Var), le 19 juillet 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		ANDÉRODIAS, professeur	<i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Potanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARBIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A MES SOEURS

A MES FRÈRES

LES DOCTEURS FRANÇOIS ET PAUL BADELON

Hommage affectueux pour tout ce qu'ils
ont fait pour moi.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGÈRE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies.
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX
ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE ET COLONIALE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAÎTRE,

Vous qui avez été l'inspirateur de ce travail, acceptez-le, je vous prie, comme l'expression de ma reconnaissance pour votre haut enseignement, la sollicitude bienveillante dont vous m'avez entouré et le plus grand honneur que vous me faites en étant aujourd'hui mon président de thèse.

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail qui marque la fin de nos études, nous avons à cœur d'adresser nos remerciements à tous ceux qui concoururent à notre formation médicale.

Que nos Professeurs de l'Ecole annexe de médecine navale de Toulon et nos Maîtres de la Faculté de médecine et des hôpitaux trouvent ici la sincère expression de notre gratitude.

Nous nous devons de remercier tout particulièrement M. le Professeur Guyot qui a bien voulu nous fournir le sujet de cette thèse, et dont l'accueil toujours aimable est bien connu de ceux qui fréquentent l'Hôpital André Boursier.

Notre reconnaissance va ensuite à M. le Docteur Rabère, chirurgien des hôpitaux, et à MM. les Professeurs Bégouin, Carles et Cabannes, chez lesquels nous eûmes l'honneur d'être externe.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LÉSIONS DE L'ANSE SIGMOÏDE

AU COURS DES ANNEXITES GAUCHES

INTRODUCTION

Les rapports de voisinage de l'appendice et de l'ovaire droit ont depuis longtemps déjà, attiré l'attention des anatomistes. Les cliniciens aussi remarquèrent rapidement les influences que pouvaient avoir sur l'un des deux organes les affections de l'autre.

Ces retentissements sont même si fréquents et si bien connus que l'expression de flirt appendiculo-ovarien est aujourd'hui passée dans le langage courant.

Au contraire, les rapports anatomiques de l'anse sigmoïde et des annexes gauches n'avaient pas éveillé avant 1906 dans l'esprit des chirurgiens les relations pathogéniques étroites qui unissent l'S iliaque aux organes de la reproduction.

C'est Michaud, le premier, qui présenta une très belle observation de pérисigmoïdite d'origine génitale et attira ainsi l'attention des gynécologistes sur cette question.

En 1907, Byron Robinson, de Chicago, démontre, dans un formidable travail basé sur 200 autopsies de femmes, que 83 fois sur 100 l'anse sigmoïde contracte des adhérences avec les autres viscères pelviens, et plus particulièrement avec l'annexe gauche.

En 1910, M. le Professeur agrégé Princeteau présente au XXIII^e Congrès de chirurgie, à Paris, un mémoire contenant de très intéressantes observations montrant la fréquence de ces lésions.

Depuis cette époque différents auteurs : le Docteur J. Poulain de Lille en 1911, Patel en 1913, les Docteurs J. Guibal et Guillemin en 1927, ont, par de nouvelles observations, confirmé les conclusions de leurs prédécesseurs.

Notre Maître, M. le Professeur Guyot, à sa clinique gynécologique du Tondu, puis, depuis 1927, à celle de l'Hôpital André Boursier, a eu très souvent l'occasion de constater des lésions de l'anse sigmoïde au cours d'opérations qui portaient le plus fréquemment sur des pyosalpinx gauche ou bilatéraux. C'est à la suite de ces constatations qu'il nous a suggéré l'idée d'étudier plus particulièrement cette question.

Tandis que Castéra, dans sa thèse de Bordeaux 1911, a étudié plus particulièrement les rapports anatomo-cliniques des annexites gauches avec l'anse sigmoïde, et que Desprairies, dans sa thèse de Paris 1923, s'est occupé de la valeur sémiologique des recto-sigmoïdites aiguës témoins d'affections pelviennes, M. le Professeur Guyot nous a conseillé d'étudier la technique opératoire à suivre en pareil cas.

Dans un premier chapitre, nous rappellerons les signes cliniques des sigmoïdites d'origine annexielle insistant plus particulièrement sur l'utilité d'un examen radiographique avant l'opération. Dans un second, nous exposerons la technique opératoire qu'il nous semble le plus favorable de suivre en pareil cas. Enfin, dans un troisième chapitre, nous insisterons sur les soins postopératoires à donner à ces malades et qu'il est indispensable de connaître parfaitement.

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC. — UTILITE DE L'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE DE LA PARTIE TERMINALE DE L'INTESTIN AVANT L'OPERATION

Le diagnostic des lésions de l'anse sigmoïde au cours des annexites gauches se présente tout à fait différemment suivant le stade évolutif de ces lésions. En effet, elles peuvent aller des simples adhérences se révélant par des signes cliniques peu nets et inconstants jusqu'aux perforations des parois intestinales ne laissant aucun doute sur l'étendue de ces lésions.

Cependant, dans le plus grand nombre de cas, nous avons trouvé des signes cliniques communs pouvant nous permettre de poser d'une façon certaine ce diagnostic. Nous insisterons tout de suite sur la valeur de l'examen radiographique avant l'opération qui nous a paru être le signe sur lequel le diagnostic positif pouvait se reposer le plus sûrement.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — Si nous étudions les antécédents de ces malades nous n'y trouvons presque rien qui soit capable de fixer l'attention. Il nous est donc permis de dire que la caractéristique de ces malades est de présenter, avant l'apparition des troubles sigmoïdiens, tous les attributs de la santé souvent même la plus florissante, en apparence tout au moins.

On peut également faire facilement une deuxième constatation, c'est que la plupart des malades de nos observations sont des constipées. C'est une vérité clinique reconnue que les utérines présentent le plus souvent de la constipation.

Enfin, la rétroversion utérine instituée entraîne par compression de l'anse sigmoïde de la constipation. Cette dernière

favorisant nettement l'inflammation de l'intestin, nous devons toujours, en présence d'un pyosalpinx, voir s'il existe une rétroversion utérine qui pourra nous faire soupçonner des lésions de l'anse sigmoïde.

DIAGNOSTIC POSITIF. — A côté des signes propres de l'annexite, que fournissent l'interrogatoire, la palpation et le toucher vaginal, existent alors les symptômes suivants surajoutés, dus à l'infection propagée au sigmoïde.

1° *Douleur dans la fosse iliaque gauche.* — Le siège de cette douleur ne peut pas être exactement repéré comme dans l'appendicite. Le volume relativement considérable du sigmoïde, la diversité des positions qu'il peut occuper, la variabilité de sa forme, en expliquent suffisamment le pourquoi. Cette douleur est, dans quelques cas, très aiguë, mais le plus souvent elle est sourde et profonde. De plus, par suite de la superposition, des relations de contact fréquentes entre l'anse sigmoïde et les annexes gauches, la malade ne peut pas, le plus souvent, différencier les douleurs provenant du sigmoïde de celles provenant de l'appareil génital, bien qu'en général ces dernières soient plus intenses.

La pression l'exagère, ainsi que la toux et surtout les efforts de défécation. La malade est ainsi conduite à une telle appréhension de cet acte physiologique qu'elle préfère « se retenir ».

2° *Défense musculaire plus ou moins marquée suivant les sujets.* — Presque nulle chez certains, elle est telle dans d'autres cas que la palpation est rendue impossible. Lorsqu'elle est praticable et que l'on a affaire à une poussée de sigmoïdite le boudin inflammatoire caractéristique de cette affection. Il typique consécutive à l'infection génitale, on peut trouver est d'ailleurs assez rare que les lésions sigmoïdiennes arrivent à ce degré. Le plus souvent tout se borne à un empâtement plus ou moins diffus dessinant le trajet du côlon pelvien et traduisant l'infection de ses diverses tuniques.

Cependant, il arrive que le boudin sigmoïdien est parfois

très net; on peut alors l'isoler par la palpation et le distinguer de l'empâtement plus profond de l'annexite.

Nous avons fondé l'étude de ce diagnostic sur une série d'observations où les signes génitaux dominant; si ces cas sont les plus fréquents il arrive parfois que ce sont les signes intestinaux qui deviennent les plus importants.

En effet, l'infection propagée des annexes à l'anse sigmoïde peut entraîner des symptômes :

- a) d'occlusion intestinale, comme la malade de l'observation XIV;
- b) de fistule tubo-sigmoïdienne, c'est-à-dire d'élimination de pus par l'anus (V. obs. IX).

Nous verrons à propos de la technique opératoire qu'il est indiqué de retarder le plus longtemps possible l'intervention chirurgicale lorsque les pyosalpinx se compliquent de lésions sigmoïdiennes. Pour cela il faudrait un moyen de diagnostic sûr, ayant une valeur plus grande que le siège de la douleur ou de la défense musculaire. Il nous semble que l'examen radiologique avant l'opération peut nous donner cette certitude. En effet, les observations de MM. Guibal et Guillemin nous montrent toute la valeur de cette méthode; nous pouvons connaître le siège, la forme et la longueur des rétrécissements dus à des adhérences, ainsi que le prouve ce passage emprunté à l'examen radioscopique de la malade de l'observation VIII : « A quelques centimètres au-dessous et à gauche de l'ombilic, la bouillie opaque marque un arrêt assez long. En augmentant la pression on la voit enfin franchir un segment très rétréci, long de trois centimètres. »

CHAPITRE II

TECHNIQUE A SUIVRE DANS LES CAS DE LESIONS DE L'ANSE SIGMOÏDE AU COURS DES ANNEXITES GAUCHES

Dans ces cas, l'anatomie pathologique des annexes et de l'anse sigmoïde domine toute la tactique de l'hystérectomie. Le chirurgien ne doit adopter une technique qu'après avoir constaté l'importance et le siège de ces lésions. Ce n'est qu'une fois le ventre ouvert que le chirurgien doit choisir la méthode à employer. Il faut être éclectique, ne pas s'enfermer dans l'exécution d'un procédé unique, si parfait soit-il, mais modifier sa manière de faire suivant les lésions à combattre, en employant pour y parvenir le procédé le mieux adapté aux lésions qu'on a sous les yeux.

Le chirurgien doit retenir quatre procédés :

1° L'hémisection utérine de J.-L. Faure, procédé de choix dans tous les cas d'annexites bilatérales difficiles, adhérentes aux parois pelviennes, lorsque le fond de l'utérus est accessible;

2° L'hystérectomie par décollation, soit postérieure, pour les cas simples, soit antérieure pour les cas très difficiles dans lesquels l'utérus, en rétroflexion adhérente irréductible, ne peut être attaqué que par devant;

3° Le procédé américain, applicable aux annexites pas trop adhérentes, et dont un des côtés au moins est mobile et facile à décoller;

4° Le procédé de Terrier, moins bon, qui consiste en l'ablation première de l'utérus, puis on se sert de cette voie pour décoller les annexes de bas en haut.

Mais l'opération même par ces procédés qui sont les meilleurs, présente des caractères de gravité indéniables. En effet, les deux malades de nos observations IV et VI sont mortes : la première de choc opératoire après une opération où les adhérences étaient particulièrement importantes, l'opération ayant duré cinquante minutes, la deuxième de septicémie après une opération où le chirurgien s'était trouvé dans des conditions anatomo-pathologiques analogues. Il découle immédiatement de ces constatations que les malades ne devront être opérées qu'après avoir été soumises à un long traitement médical destiné à améliorer sinon à guérir définitivement les troubles qu'elles ressentent. De plus, l'opération entraînant quelquefois un choc intense, nous devons adopter la technique opératoire la plus courte, c'est-à-dire remplacer la péritonisation, qui oblige à faire un travail long et délicat, par la mise en place d'un sac de Mikulicz dont l'un des avantages est de diminuer la longueur de l'opération.

Nous allons rappeler la technique des deux procédés opératoires qui, par la lecture de leur exposé, semblent les meilleurs.

I. — HYSTÉRECTOMIE PAR HÉMISECTION UTÉRINE

(Procédé de J.-L. Faure).

Premier et deuxième temps. — Incision de la paroi abdominale et libération de l'utérus comme dans le procédé ordinaire.

Troisième temps. — Hémisection utérine : « On saisit le fond de l'utérus avec deux bonnes pinces à griffes placées de chaque côté de la ligne médiane et on attire le plus possible l'utérus vers le haut. D'un coup de ciseaux, on incise alors le péritoine au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin et on refoule la vessie aussi bas que possible, de façon à arriver approximativement au-dessous du col utérin.

» Avec de forts ciseaux droits on sectionne alors l'utérus sur la ligne médiane de haut en bas, du fond vers le col. Si

l'on a soin de se guider sur la cavité utérine, on arrive en quelques coups de ciseaux jusque dans le vagin qui se trouve couvert en avant et en arrière sur la ligne médiane.

» Dès le début de l'hémisection, dès le premier coup de ciseaux qui coupe l'utérus sur une hauteur de 15 à 20 millimètres, j'ouvre à peine le fond de la cavité utérine. J'y introduis alors mon thermocautère que j'insinue dans les cornes utérines et que j'enfonce tout entier dans la cavité, jusqu'au niveau du col, en frottant énergiquement et à plusieurs reprises sur toute sa hauteur la muqueuse utérine. La muqueuse est ainsi complètement détruite au fer rouge sur toute son étendue, dans toute son épaisseur, et il est évident que la cavité utérine se trouve dès lors stérilisée et aussi aseptique que peut l'être un organe quelconque. »

Quatrième temps. — Extirpation de la moitié droite de l'utérus et des annexes droites. « L'utérus se trouve donc divisé en deux moitiés sur toute sa hauteur, y compris le col dont on aperçoit en général les deux moignons avec la plus grande netteté.

» Une bonne pince à griffes vient alors saisir la moitié cervicale droite et l'attire vers le haut. Sous l'influence de cette traction, qu'il ne faut pas craindre de faire énergique, la moitié droite du vagin qui s'insère sur le col se tend. En quelques coups de ciseaux courbes qui viennent l'aborder par sa face muqueuse on sectionne la paroi vaginale. Le col se laisse alors attirer plus haut encore. L'artère utérine est alors sectionnée et pincée, si on ne l'a déjà fait, et en tirant toujours vers le haut sur la pince qui tient le col, on déroule pour ainsi dire l'utérus et on le renverse vers le haut en s'aidant de la main gauche qui manœuvre librement et facilement dans le fond du petit bassin, grâce à la brèche que donne l'hémisection de l'utérus. On coupe alors le ligament rond près de la corne utérine et on n'a plus qu'à vaincre les adhérences des annexes avec les organes voisins. Lorsque les adhérences des annexes sont décortiquées et isolées, elles ne tiennent plus

que par le pédicule utéro-ovarien qu'on tranche d'un seul coup de ciseaux. »

Cinquième temps. — Extirpation de la moitié gauche de l'utérus et des annexes gauches. Elle se pratique de la même façon qu'à droite.

Quand l'ablation de l'utérus et des annexes est terminée, on remplace par des ligatures les pinces qui ont été mises, au fur et à mesure de l'opération, sur l'utérine, l'utéro-ovarienne et le ligament rond.

Sixième, septième et huitième temps. — Traitement du vagin. Péritonisation. Suture de la paroi abdominale, comme dans le procédé ordinaire.

II. — HYSTÉRECTOMIE PAR DÉCOLLATION ANTÉRIEURE

(Procédé de J.-L. FAURE).

Le procédé d'hystérectomie antérieure a été imaginé par J.-L. Faure, mais sa technique a depuis été modifiée et très complètement réglée par de Martel, en 1909. C'est cette technique que nous allons décrire en l'empruntant à l'article de de Martel.

La décollation antérieure, telle que nous allons l'exposer, est applicable à un grand nombre de cas et en particulier à ceux des salpingites adhérentes. Il demande simplement pour être exécuté la liberté de la face antérieure de l'utérus qui est le plus souvent respectée. Cela montre qu'il n'y a pas de limite à ses indications, en matière d'hystérectomie pour salpingite. De Martel le décrit en six temps que voici.

Premier temps. — Pincement des ligaments ronds et section du pli péritonéal ainsi formé.

Deuxième temps. — Section et décollement du feuillet péritonéal antérieur. Cette section va d'un ligament rond à l'autre et amorce le décollement péritonéal. Celui-ci, poursuivi soigneusement et profondément à la compresse, permet d'obtenir un grand lambeau péritonéal antérieur, de décoller la vessie et de découvrir facilement les utérines sur les côtes.

Troisième temps. — De chaque côté de l'utérus, immédiatement en dehors des utérines, on vient avec un instrument mousse perforer le feuillet postérieur des ligaments larges au point où doit porter la section de l'utérus; mais cette manœuvre, qui facilite la préhension de l'utérine, n'est pas essentielle, et on doit y renoncer dès qu'elle présente la moindre difficulté, ou que le Douglas n'est pas libre.

Quatrième temps. — Pincement de l'utérine avec une pince coudée de chaque côté au ras même de l'utérus.

Cinquième temps. — On pratique alors la section du col de l'utérus. Pour cette section, deux techniques ont été conseillées : la première, employée par de Martel, consiste à couper l'utérus aux ciseaux courbes, de gauche à droite, au-dessus des pinces qui tiennent les utérines. L'autre, recommandée par Bazy, consiste à sectionner le col directement d'avant en arrière. Par l'une ou l'autre méthode, dès que le col est entièrement sectionné, l'utérus s'élève sensiblement.

Sixième temps. — Pour exagérer cette élévation, la pince qui fixe le fond de l'utérus est tirée énergiquement et, pendant ce temps, l'index recourbé en crochet, soulevant la partie de ligament large qui limitait supérieurement l'orifice créé dans son foyer postérieur, agrandit cet orifice et vient pédiculiser les annexes par élongation et glissement sous-péritonéal de leur pédicule vasculaire. Section de ce pédicule. Même manœuvre du côté opposé. Fermeture du moignon du col.

Si, pendant la libération des annexes, le chirurgien a vu la paroi intestinale céder et se perforer, il doit immédiatement isoler cette partie du champ opératoire et pratiquer une suture intestinale.

SUTURE INTESTINALE. — Pour réparer ces perforations, il est classique depuis bien des années de suturer en deux plans : l'un, total, perforant, embrasse l'ensemble des tuniques, muqueuse, musculuse et séreuse; l'autre, non perforant, ne comprend que la séreuse et sert à recouvrir le plan précédent

d'une couverture de protection. La suture est habituellement faite en surjet par raison de rapidité et d'étanchéité meilleure.

La suture ainsi faite ne tient pas toujours, elle ne peut pas résister à une pression un peu élevée du contenu intestinal, c'est ainsi qu'il arrive fréquemment qu'il s'établisse une fistule stercorale, comme c'est le cas de la malade de l'observation V. On en a imputé la faute à deux causes : 1° la septicité du contenu intestinal, qui est très grande à ce niveau du tube digestif; 2° à l'établissement d'un espace mort entre les deux plans de suture et qui est un foyer de développement des microbes. On pourrait supprimer cet espace mort par la suture bord à bord qui se rompt rarement, mais elle est peu indiquée dans le cas qui nous intéresse, car elle est beaucoup plus longue à établir.

De plus, nous verrons au chapitre suivant, en étudiant le « Mikulicz », que la fistule stercorale, malgré son apparente gravité, se répare très bien et n'assombrit pas le pronostic. Nous conseillons donc la suture en deux plans, l'un total, l'autre séro-séreux.

Un procédé très ingénieux est adopté par M. le Professeur Guyot, c'est celui de Seloni qui donne de très bons résultats dans les cas de larges lésions du tube intestinal allant même jusqu'à la section complète. Il consiste à placer à l'intérieur de l'anse sigmoïde un gros drain en caoutchouc et de pratiquer la suture en se servant de ce dernier comme appui. Par la suite, les matières fécales n'interviennent pas directement sur la lésion et les ruptures sont moins fréquentes. Le drain est normalement éliminé dans les jours qui suivent l'opération alors que la plaie intestinale est guérie.

MIKULICZ. — Quel que soit le procédé que les circonstances opératoires auront indiqué au chirurgien, il ne devra pas se contenter de fermer la paroi abdominale après l'avoir employé. M. le Professeur Guyot place systématiquement un Mikulicz dans ces opérations difficiles et les résultats obtenus sont excellents.

En effet, toutes les indications du drainage à la Mikulicz se retrouvent dans les cas de lésions de l'anse sigmoïde. Il constitue un moyen de drainage excellent; c'est un excellent barrage entre deux zones péritonéales, l'une infectée, l'autre saine; il facilite l'hémostase et permet de raccourcir le temps de l'opération.

Confection et mise en place du Mikulicz. — Le sac est constitué par une compresse péritonéale de 50×50 ou de 40×40 ; les mèches sont formées de 4 épaisseurs de gaze cousues ensemble et formant une lanière de 8 centimètres de large et de 60 centimètres de long. L'une des extrémités est terminée en biseau : c'est elle qui sera portée la première au contact du petit bassin; à l'autre, un fil de soie est serré et noué : ce matériel extrêmement simple peut être fait au moment de l'opération ou préparé à l'avance et stérilisé à l'autoclave, dans une seule boîte qui renferme le sac et quatre mèches.

A la fin de l'opération, le chirurgien prend le sac du « Mikulicz » et l'étale très soigneusement au fond de la cavité pelvienne. Le fil, fixé au fond du sac, ressort par l'orifice cutané. On prend ensuite chaque mèche avec une pince de Museux et on la tasse soigneusement dans le sac, en insistant sur le point que l'on veut plus particulièrement tamponner. On doit bien prendre soin d'écarter le plus possible la masse intestinale ou mieux de placer en avant d'elle le grand épiploon; ce dernier isole les anses grêles du sac et, par conséquent, de l'orifice abdominal, par où elles pourraient s'éviscérer. Ce pansement péritonéal, une fois terminé, l'opérateur ferme la paroi en trois plans :

- a) Surjet péritonéal au catgut;
- b) Surjet musculo-aponévrotique au catgut également;
- c) Suture cutanée aux crins.

On peut placer 3 ou 4 fils métalliques extra-péritonéaux si la paroi est déficiente; ils seront fixés ultérieurement sur un coussinet de gaze.

Les derniers points sont disposés de façon à serrer assez fortement l'extrémité du « Mickulicz » qui ressort. Il faut éviter, en effet, de laisser un orifice trop large ou trop béant. On peut placer à la partie inférieure de la plaie un fil d'attente en bronze ou en crin que l'on serrera après l'ablation du « Mikulicz ». Ensuite, on placera un pansement abdominal aseptique et très absorbant pour faciliter le drainage capillaire.

Avantages du « Mikulicz ». — 1° Il constitue un moyen de drainage excellent pour le bassin qui est souillé de pus ou parsemé de débris septiques, il permet dans le foyer péritonéal d'exsuder les liquides sécrétés et qui sont des facteurs d'infection. Dans les observations II et III, après la libération d'adhérences serrées, les collections purulentes s'ouvrent, du pus inonde la cavité péritonéale, on l'aspire à l'aspirateur et l'on place un Mikulicz. Les deux malades guérissent dans d'excellentes conditions.

2° Il constitue un excellent barrage entre deux zones péritonéales, l'une infectée, l'autre saine : en produisant une péritonite plastique, il transforme le petit bassin en cavité close sur les côtés, mais avec une soupape d'échappement par en haut.

Dans l'observation V, l'intestin est incisé sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Une suture en double surjet est placée après avoir mis à l'intérieur un gros drain en caoutchouc suivant la méthode de Séloni, mais, malgré cette précaution, il se produit plusieurs jours après une fistulisation qui conduit les matières fécales dans la poche isolée formée par le « Mickulicz ». La malade est actuellement en traitement, mais tout laisse augurer que cette fistule se fermera en quelques jours. Nous serons en mesure de le dire le jour de la soutenance. Le « Mikulicz » sauve donc véritablement la vie des malades, puisque ces matières fécales sans lui se seraient écoulées en péritoine libre. Il a donc l'avantage d'exclure et d'isoler les surfaces intestinales suspectes, et de tracer ainsi au contenu intestinal une route d'évacuation sans danger.

3° Le « Mikulicz » a un rôle hémostatique prépondérant par son action coagulante et par le tamponnement qu'il produit localement. Mais il est bien rare que les opérations pour pyosalpinx entraînent une grande perte de sang; il nous servira beaucoup, d'autre part, pour savoir s'il ne se produit pas d'hémorragies postopératoires, celles-ci beaucoup plus importantes que les précédentes. Car c'est dans les opérations pour salpingites adhérentes où la péritonisation est incomplète qu'il subsiste des régions qui saignent en nappe, dont l'hémostase est très précaire.

4° Le « Mikulicz » permet, en supprimant la péritonisation, de raccourcir d'autant la durée de l'opération. Chez une femme dont l'état général est déficient ou dont l'anesthésie a été difficile ou enfin chez une malade âgée, ce temps gagné est infiniment précieux.

Nous voyons donc tout l'intérêt de terminer l'intervention par la mise en place du « Mikulicz » qui comporte dans le cas particulier de si nombreux avantages.

CHAPITRE III

SOINS POSTOPERATOIRES

L'opération subie par la malade étant particulièrement grave et le choc étant parfois très grand, elle devra être surveillée d'une façon un peu spéciale tout de suite après l'opération.

L'opérée, doucement placée sur le chariot roulant, tête basse, soigneusement couverte, accompagnée de l'aide anesthésieur, est, sans secousse, portée à son lit qui a été préalablement chauffé. La chambre est bien aérée, ni trop chaude, ni trop froide. Autour de la malade, le silence, la paix morale, une seule personne de garde, mais compétente et calme.

L'opérée est d'abord couchée à plat, pendant les premières heures; ce n'est que vers le soir, quand la face se recoloré, quand la narcose est dissipée, qu'on relèvera doucement la tête par un oreiller.

La perte de sang est assez rarement copieuse, mais, au moindre signe d'hémorragie, il ne faudra pas hésiter à faire des injections de un litre à un litre et demi de sérum glucosé.

Il sera prudent de ne pas placer de sonde rectale, ou tout au moins de ne pas trop l'enfoncer. La même prudence doit être apportée à propos du lavement et de la purgation. Une pratique qui donne d'excellents résultats consiste à placer le soir de l'opération, une fois la malade réchauffée, une large vessie de glace sur l'abdomen; un de ses avantages est d'immobiliser la région opérée, la malade n'osant changer sa position.

En règle générale, la malade rend ses gaz à la fin du premier jour ou au début du deuxième. Dès le lendemain de l'opération, on refait le pansement en arrosant avec soin les

mèches et le sac à l'eau oxygénée pure, de façon à bien le détrempier. Ceci est répété chaque jour. Vers le cinquième, le sixième ou septième jour, l'on commence à tirer doucement sur la première mèche. On l'enlève définitivement dès qu'elle suit. On agit de même pour les autres. Quand les mèches sont toutes enlevées, on tire très prudemment sur le sac, en commençant par décoller la périphérie et en arrosant largement à l'eau oxygénée. Il faut agir avec grande douceur et il ne faut jamais se presser. On enlève ce qu'il en vient chaque jour. Quand il semble décollé, on l'enlève par retournement en s'aidant du fil. L'ablation du sac doit être toujours faite avec beaucoup de précautions, car elle est très douloureuse pour les malades et les anses intestinales pourraient avec grande facilité le suivre vers l'extérieur.

Lorsque le « Mikulicz » est définitivement enlevé, en règle générale vers le dixième jour, on fera des pansements quotidiens : si la plaie suppure peu, on fera un simple nettoyage à l'éther et l'on mettra dans la cavité une mèche qui en aura été imprégnée. On suivra la même technique jusqu'à la réunion des deux lèvres de la plaie. Vers le sixième ou septième jour, il arrive assez souvent lorsqu'on a pratiqué une suture intestinale qu'il y ait émission de matières fécales par la **plaie**; il faudra redoubler de soins, enlever le « Mikulicz » un ou deux jours plus tard. La guérison est ordinairement la règle. Dans ce cas et lorsque la plaie suppure beaucoup, on fera utilement de grands lavages quotidiens au liquide de Dakin, la meilleure technique est le goutte à goutte, qui donne d'excellents résultats. Tant que la suppuration dure, un drain perforé, placé dans la cavité et renouvelé à chaque pansement, facilitera l'écoulement du pus. Des pansements au baume du Pérou et de l'air chaud sur la plaie hâteront sa cicatrisation.

C'est ainsi qu'en partant d'un diagnostic à peu près certain grâce à l'examen radiographique, nous pourrons, en suivant la méthode opératoire que nous avons exposée et en surveillant particulièrement la malade après l'intervention, escompter des résultats opératoires satisfaisants.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, Clinique gynécologique, Hôpital André-Boursier.)

C... (Fernande), 23 ans, entre à l'hôpital A. Boursier, le 27 août 1928, dans le Service de M. le Professeur Guyot, parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle fait des poussées de température.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde il y a deux ans, puis, il y a deux mois, accouchement difficile nécessitant une application de forceps. Il y a quatre mois, la malade a fait une fausse couche de trois mois. Depuis cette époque elle fait des poussées de température toutes les fois qu'elle travaille.

Examen. — Ventre ballonné; au toucher vaginal, utérus un peu gros et douloureux. On sent une masse annexielle gauche du volume d'une grosse noix qui est très douloureuse. Une intervention est décidée.

Opération le 31 mars. — Opérateur : M. le Professeur Guyot. L'anesthésie au balsoforme, dure trente-cinq minutes et est parfaite.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On aperçoit un gros pyosalpinx gauche volumineux et très adhérent à l'anse sigmoïde. Le côté droit étant accessible, on procède sous aspiration au décollement des annexes droites à leur section entre deux pinces ainsi qu'à la section de l'artère utérine droite. On arrive à pouvoir décoller la masse annexielle après section du col de droite à gauche et ligature des pédicules gauches et de l'utérine de ce côté. Hémostase de tous les pédicules. Cautérisation de la cavité cervicale avec appendicecto-

mie. Mise en place d'un Mikulicz avec trois mèches et un drain non perforé supérieur. Puis appendicectomie.

Suites opératoires. — Dès le premier soir, on applique de la glace sur le ventre de la malade.

Le 2 avril : La malade fait une poussée de température. Ablation des deux mèches. On arrose le Mikulicz à l'aide d'un grand lavage avec un bock contenant du Dakin.

Le 5 avril : Ablation de la troisième mèche. La température est normale.

Pendant les premiers jours qui suivent l'opération on fait à la malade un litre de sérum glucosé sous-cutané et des piqûres d'huile camphrée toutes les quatre heures avec de la spartéine et de la strychnine. Digalène.

Le 9 avril : Ablation des fils.

Le 12 avril : Ablation du Mikulicz.

Le 16 avril : Ablation des points. Air chaud sur la plaie, qui est en bon état.

Le 2 mai : La plaie est complètement refermée. Très bon état de la malade.

La malade retourne à l'Hôpital André-Boursier en décembre 1928 parce qu'elle a été prise de violentes douleurs abdominales. La malade est soumise à un traitement médical qui lui permet de quitter le service le 19 janvier 1929, très améliorée.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, Clinique gynécologique, Hôpital André-Boursier.)

L... (Rosa), 25 ans, entre à l'Hôpital André-Boursier dans le Service de M. le Professeur Guyot, le 16 juillet 1928, pour des douleurs abdominales.

Antécédents. — Rien à signaler jusqu'à 22 ans, époque à laquelle elle fait une fausse couche de deux mois. Depuis cette époque, pertes jaunes abondantes.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans la malade a ressenti une

douleur violente dans la fosse iliaque nécessitant un repos au lit de quinze jours; nouvelle crise un mois après. Actuellement, nouvelle crise.

Examen. — Fosse iliaque gauche douloureuse, au toucher vaginal utérus rétroversé, annexes perceptibles et douloureuses à gauche.

Opération le 20 juillet 1928. — Opérateur : M. le Docteur Villar. Anesthésie au Schleich; durée de l'opération, une heure.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès le ventre ouvert on ne peut passer l'écarteur, car il existe de nombreuses adhérences entre l'épiploon, les annexes gauches, le sommet de la vessie et l'anse sigmoïde. Les adhérences sont tout de suite dégagées, et, dans un premier temps, on refoule la vessie, qui est adhérente à la face antérieure de la matrice.

A droite, on a de l'annexite manifeste, tandis qu'à gauche on voit un hydrosalpinx adhérent à l'anse sigmoïde dans le méso duquel il est inclus. Après avoir libéré les annexes droites on procède à une hystérectomie par le procédé américain de droite à gauche. Section entre deux pinces des pédicules droits et de l'utérine droite. On isole l'hydrosalpinx de ses adhérences intestinales.

A ce moment on complète l'hystérectomie par la section du col et le pincement de dedans en dehors de l'utérine gauche. A ce moment, l'hydrosalpinx se rompt. Le liquide citrin est aspiré à l'aspirateur. Hémostase des pédicules délicates par l'infiltration des tissus. Suture par points séparés de la couche musculo-aponévrotique. On laisse un petit drain non perforé pendant quarante-huit heures dans le Douglas. On termine par un Mikulicz à quatre mèches. Sonde à demeure.

Suites opératoires. — Les premiers jours la malade fait une grosse bronchite avec une pointe de pleurésie. On lui fait de la révulsion énergique, des tonicardiaques : huile camphrée, spartéine, strychnine, caféine. Sérum glucosé sous-cutané, un litre par jour. On arrose le Mikulicz et les mèches tous les jours (grands lavages au bœck eau et Dakin).

Le deuxième jour, ablation de trois mèches; le quatrième jour, ablation de la quatrième. Le dixième jour, ablation du Mikulicz,

mise en place d'un drain n° 7. Le treizième jour, ablation des points cutanés.

Le 10 août : Ablation définitive du drain, la plaie a un très bon aspect et ne suppure presque plus.

Le 8 septembre : La cicatrisation est terminée, la malade est complètement guérie.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, Clinique gynécologique, Hôpital André-Boursier.)

D... (Eugénie), 29 ans, entre à l'Hôpital André-Boursier, dans le Service de M. le Professeur Guyot, le 16 octobre 1929, parce qu'elle souffre du bas-ventre

Histoire de la maladie. — Alors qu'elle était en bonne santé, le 24 septembre 1929, elle est prise de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche; la crise dure deux jours. Un traitement complet médical est institué, qui améliore l'état de la malade. Mais comme tout effort la fait souffrir, elle entre à l'hôpital.

Antécédents. — Trois accouchements normaux, crise douloureuse abdominale en 1925 nécessitant un repos de huit jours au lit. Fausse couche de cinq mois en septembre 1926 suivie d'une crise très douloureuse du côté des ovaires. La malade a gardé le lit pendant un mois.

Opération le 29 octobre 1929. — Opérateur : M. le Professeur Guyot. Anesthésie à l'éther; durée de l'opération, quarante-cinq minutes.

Pyosalpinx double, hystérectomie subtotal. Le pyosalpinx gauche était adhérent à l'anse sigmoïde, qu'il a fallu raser de très près, mais sans ouvrir la paroi. Les collections purulentes s'ouvrent au moment du décollement sous l'aspirateur. On pince tous les pédicules, les pédicules postérieurs sont liés par double ligature. Suture en double bourse du rectum, qui présente une petite perforation du volume de la tête d'une épingle en couleur. Surjet sur le col après cautérisation de la cavité. Hémostase de tous les pédicules. Appendicectomie. Mickulicz avec un drain non perforé. Réfection de la paroi.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération la température monte à 38°5 et le pouls à 120. La température et le pouls restent élevés pendant les trois premiers jours. Dès le soir on applique la glace sur le ventre de la malade. On lui fait de l'huile camphrée toutes les trois heures avec de la spartéine, strychnine, caféine. Digalène.

Les trois premiers jours on lui fait un litre de sérum glucosé sous-cutané. On arrose les mèches et le Mikulicz avec un bock (eau et Dakin).

Le quatrième jour, on fait l'ablation des cinq mèches.

Aussitôt la température et le pouls redeviennent normaux.

Le onzième jour, on fait l'ablation du Mikulicz et du bourrelet. On laisse un drain. Le quinzième jour, ablation des points.

Tous les quatre ou cinq jours on met un drain plus petit; le trou se ferme. L'état général de la malade est excellent.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, Clinique gynécologique du Tondu.)

P... (Rosalie), 28 ans, entre à l'Hôpital du Tondu, dans le Service de M. le Professeur Guyot, le 15 avril 1926, parce qu'elle souffre du bas-ventre, surtout du côté gauche.

Rien à signaler dans les antécédents.

Histoire de la maladie. — Six mois après son mariage, survenu il y a quatre ans, la malade commence à souffrir du bas-ventre du côté gauche. Elle entre dans le service de M. le Professeur Villar, où elle aurait subi une ovariectomie. Elle quitte l'hôpital au bout de dix-huit jours. Six mois après, les phénomènes douloureux réapparaissent et se calment sous l'influence d'injections et de compresses chaudes sur l'abdomen. La malade se porte très bien jusqu'à il y a deux mois. A ce moment, elle éprouve de violentes douleurs du côté gauche qui l'obligent à s'aliter. La malade va trouver M. le Professeur Guyot, qui l'admet dans son service. Dans ses antécédents on ne relève pas de grossesse ni de fausse couche.

On applique de la glace sur le bas-ventre pour refroidir les lésions.

Opération le 22 mai 1926. — Opérateur, M. le Professeur Guyot.

Anesthésie au Schleich. Dès le ventre ouvert on aperçoit un petit utérus, les annexes droites ont été enlevées, et il existe, à gauche, une grosse masse annexielle, masquée complètement par l'anse sigmoïde qui lui est très adhérente. Premier temps : ligature du ligament rond sectionné entre deux pinces. Deuxième temps : on essaie d'isoler l'anse sigmoïde par en haut, mais sans succès.

On aborde alors la masse annexielle de bas en haut avec section première du col. On trouve à la partie inférieure des adhérences serrées avec la partie supérieure du rectum, que l'on arrive à isoler aux ciseaux. La zone d'adhérences s'étend sur 8 à 10 centimètres environ. On pose un Mikulicz à deux mèches et trois fils métalliques extra-péritonéaux. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires. — La malade se trouve bien jusqu'au soir du troisième jour, où la température, qui était à 38 degrés le soir, s'élève à 39 degrés, le pouls est à 126. On met de la glace sur le ventre. Le quatrième jour, la température est à 39 degrés. Le pouls est à 116. Le cinquième jour, on fait un abcès de fixation et de la révulsion thoracique, bien que l'auscultation soit négative. La plaie opératoire est en bon état.

Le sixième jour, la température est à 39 degrés le matin et 39°3 le soir. Le pouls est à 110. On enlève une mèche. Le septième jour la température monte à 40 degrés et le pouls à 130. On fait un second abcès de fixation, le premier ne semblant pas prendre. On fait du sérum glucosé. Le dixième jour on enlève le sac et les fils de bronze. Il existe toujours une fièvre rémittente oscillant entre 37°5 et 39°5.

L'hémoculture révèle la présence de chaînettes de streptocoques hémolytiques à huit éléments. Le onzième jour la température est à 39 degrés. On fait des injections de strychnine et de sérum glucosé (750 gr.). On remet de la glace sur le ventre. Le douzième jour la malade a 38 degrés le matin et 39 degrés le soir, le pouls est à 130. (On fait de grands lavages au bock (eau et Dakin). L'état général est très mauvais. Elle meurt dans la nuit du onzième au douzième.

Nécropsie. — Cavité abdominale remplie de pus.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot, Clinique gynécologique, Hôpital André-Boursier.)

M^{me} Maria F..., adressée par le Docteur Rivière pour douleurs dans le bas-ventre et hémorragies utérines.

Histoire de la maladie. — Le 25 mai, la malade est prise brusquement d'une violente douleur abdominale siégeant dans tout l'abdomen avec irradiations dans la région lombaire. Ces douleurs très violentes obligent la malade à garder le lit et empêchent tout sommeil. Elles durent ainsi pendant huit jours avec quelques périodes de rémission et s'accompagnent de fièvre à 39 degrés.

En même temps que ces douleurs, la malade a des pertes de sang noirâtres et épaisses très abondantes. C'est alors que la malade fait appeler M. le Docteur Rivière, qui ordonne une application de glace sur l'abdomen. Les phénomènes douloureux continuant, la malade entre à l'hôpital.

Antécédents. — La malade a eu une pleurésie à 20 ans. Deux grossesses normales suivies d'accouchements normaux, le dernier datant de 1904. Pas de fausse couche. Dernières règles le 22 avril 1929.

Examen. — Malade paraissant fatiguée; au toucher vaginal l'utérus est gros et douloureux. Double salpingite, surtout à droite.

La malade est soumise à un traitement médical qui apporte une grande amélioration. Elle quitte l'hôpital le 19 août 1929, devant revenir en octobre pour se faire opérer.

La malade retourne le 7 novembre 1929.

Examen. — L'utérus est énorme. Mobilité modérée. On met de la glace sur le ventre de la malade.

Opération le 22 décembre 1929. — Hystérectomie subtotale pour pyosalpinx double et pelvipéritonite. Nombreuses adhérences à la vessie, au grêle et au rectum. Après avoir protégé le péritoine et réséqué une partie épiploïque adhérente à la vessie, on essaie d'attaquer en arrière, où tout est bloqué. On a accès, à gauche, sur le

pédicule postérieur. On le sectionne entre deux pinces et, la masse étant introuvable en arrière et à droite, on dégage en avant. On tombe dans un tissu lardacé épais et dur; la face antérieure de l'utérus est saisie. L'utérine gauche est sectionnée, ainsi que la droite, et on peut enlever en bloc la masse aux ciseaux en laissant une partie des masses inflammatoires adhérentes à la vessie. Gros pyosalpinx adhérent à gauche. En complétant l'exérèse des masses droites on dégage une première anse grêle sans léser la paroi. A la deuxième anse l'intestin est incisé sur une longueur de quatre à cinq centimètres. On referme l'intestin par double surjet en mettant à l'intérieur un tube de caoutchouc. Pas d'appendicectomie.

Hémostase des pédicules. Mikulicz avec drain non perforé et quatre mèches. Surjet péritonéal. Trois fils métalliques sous-péritonéaux.

Suites opératoires. — Les premiers jours la malade est fatiguée. On lui fait des toni-cardiaques toutes les trois heures. Un litre de sérum sous-cutané par jour.

On lui applique la glace sur le ventre.

Le troisième jour, la malade émet des gaz.

Le quatrième jour, on enlève ses quatre mèches.

La malade va mieux; on supprime les piqûres et on commence une alimentation légère.

Le septième jour, émission de matières fécales par la plaie.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT, Clinique gynécologique, Hôpital André-Boursier.)

V... (Jeanne), 37 ans, entre à l'Hôpital le 19 novembre 1928, parce qu'elle souffre du bas-ventre.

Antécédents personnels. — Elle a eu six grossesses, dont deux fausses couches.

Histoire de la maladie. — Le dernier accouchement a des suites fébriles qui nécessitent un curettage; deux mois après la guérison elle est prise de douleurs abdominales qui nécessitent son entrée

à l'Hôpital André-Boursier dans le service de M. le Professeur Guyot.

Examen. — A la palpation on sent dans les deux fosses iliaques un plastron dur et douloureux. Au toucher le cul-de-sac gauche est empâté.

Traitement. — Un traitement local et la vaccination au propidon sont institués, donnant une amélioration notable de l'état général.

Opération le 28 décembre 1928. — Enorme pyosalpinx gauche adhérent à la paroi abdominale, à l'anse sigmoïde et à la vessie en avant, à la fosse iliaque gauche, au petit bassin en arrière. On dégage le pyosalpinx de la paroi abdominale, puis de la fosse iliaque gauche. On excise un tissu lardacé que l'on est obligé de séparer au bistouri, car il n'existe aucun plan de clivage. L'anse sigmoïde est infiltrée; sa paroi, lardacée sur une étendue de cinq ou six centimètres, ne peut être séparée de l'utérus qu'au bistouri. On fait une hystérectomie en débutant par la droite, où les annexes sont facilement décollables. Section du col au bistouri après avoir pincé l'utérine droite. La vessie est détachée de la face antérieure de l'utérus, avec laquelle elle est très adhérente. On décolle la masse annexielle, qui est très adhérente par un tissu de dureté ligneuse à fosse iliaque et à la cavité pelvienne. Mise en place d'un Mikulicz. On introduit un drain vaginal n° 12.

La malade a présenté un choc opératoire très grand. Extrémités froides malgré tout réchauffement. Pouls petit, rapide, imperceptible à la radiale.

Suites opératoires. — On fait un litre de sérum glucosé sous-cutané. Huile camphrée toutes les deux heures. De même, injections de spartéine, strychnine, caféine, éther, solu-camphre.

Application de glace sur le ventre. Vers 9 heures du soir, la malade a l'air de se réchauffer, elle parle, s'intéresse à tout. On lui fait du sérum rectal. On continue les piqûres, mais, à partir de 24 heures on a dû les rapprocher. La malade étouffe. Inhalation d'oxygène; la malade s'éteint doucement à 7 heures du matin.

A noter qu'elle n'a pas uriné du tout. La température du soir de l'opération était de 37 degrés et le pouls à 138.

OBSERVATION VII.

(Docteur J. GUIBAL, *B. S. O. G.*, Paris, 19 janv. 1927.)

B... (M^{me}), 39 ans, mariée, pas d'enfants pas de fausses couches, règles régulières, mais douloureuses. Ancienne métrite du col ayant nécessité autrefois un traitement médical. Depuis trois ans, constipation opiniâtre ne cédant à aucun régime et à aucune médication, retentissement sur l'état général, amaigrissement, céphalées, migraines, état nauséux. Accentuation considérable des troubles intestinaux depuis six mois, crises de subocclusion, la malade restant parfois plus de huit jours sans aller à la selle.

En août 1926, la malade se présente à notre consultation; amaigrissement considérable, faciès terreux, yeux cernés, langue saburrale. Asthénie intense. L'examen physique de l'abdomen ne montre rien de particulier. Le toucher vaginal décèle au fond du cul-de-sac gauche une tuméfaction de la taille d'une mandarine (ovaire ou salpinx); les autres culs-de-sac sont souples et l'utérus est assez mobile.

L'examen radiologique du gros intestin, après lavement baryté, montre que tout le côlon terminal est prolabé dans le bassin en un véritable peloton d'anses intestinales à travers lequel la bouillie progresse difficilement, surtout sur un point qui semble étranglé par des adhérences serrées.

Le 27 août 1926, laparotomie médiane sous-ombilicale, dissocia-tion prudente de nombreuses membranes vélamenteuses qui occupent tout l'étage inférieur de l'abdomen, libération de l'anse sigmoïde, section d'une bride nacrée de deux millimètres d'épaisseur, qui enserre l'intestin; cette bride se prolonge vers la gauche par une tumeur kystique de la trompe gauche; le fond utérin et la trompe droite sont englobés dans des adhérences minces indiquant une inflammation chronique. Hystérectomie subtotale. Suites opératoires normales.

Revue trois mois après, la malade, qui ne souffre plus de son intestin et a des selles régulières, a augmenté de cinq kilos depuis l'intervention; un nouvel examen radiologique montre que le côlon terminal se déroule facilement sous la pression du lavement, sans obstacle notable, malgré la persistance de la ptose.

OBSERVATION VIII.

(M. A. GUILLEMIN, B. S. O. G., 1927.) .

S... (M^{lle}), 23 ans, souffre de dysménorrhée par sténose cervicale.

Depuis plusieurs années elle présente quelquefois, et généralement au moment d'une période menstruelle, des crises douloureuses abdominales violentes, avec vomissements et fièvre. Ces crises durent depuis plusieurs jours, pendant lesquelles le ventre, dur, tendu, contracturé, était très douloureux à la palpation. Ces douleurs n'avaient aucune localisation précise. Leur maximum siégeait tantôt à droite, tantôt à gauche. La malade était une constipée habituelle, qui devait prendre chaque jour un laxatif pour obtenir une selle. En juillet 1926, on pratique une appendicectomie, et, comme le cœcum est dilaté et mobile, on le fixe à la paroi postérieure. Les annexes, examinées par l'incision d'appendicectomie, sont saines.

Au moment de l'apparition des règles, en août, brutalement la malade est reprise de douleurs abdominales très vives: elle se roule de douleur dans son lit. Le faciès est altéré, le nez pincé, les traits tirés. Spontanément, ou à la moindre ingestion de liquide, apparaissent des vomissements bilieux, par accès répétés, dix, douze fois en vingt-quatre heures. La température est de 38 degrés. Le ventre est ballonné, la constipation opiniâtre. A la palpation, contracture surtout accentuée dans le flanc et la fosse iliaque gauche rendant l'exploration difficile et douloureuse. Aucune onde intestinale ne se dessine sous la paroi. La radioscopie, après lavement bismuthé, montre un rectum très dilaté, situé verticalement sur la ligne médiane et allant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; puis l'anse intestinale se coude à angle droit vers la droite, revient à gauche, et là, à quelques centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic, la bouillie opaque marque un arrêt assez long. En augmentant la pression, on la voit enfin franchir un segment très rétréci, long de trois centimètres. Il existe donc une stricture à ce niveau; on se décide à intervenir.

L'opération a lieu le 30 septembre 1926 : laparotomie latérale gauche, le long du bord externe du grand droit. Le côlon est exa-

miné, et on découvre une bride épaisse qui le cravate et l'étrangle. Elle est constituée par un diverticule épiploïque enflammé qui se rabat en dedans, s'y fixe et écrase la lumière intestinale. L'extrémité de ce diverticule est suivi, il a contracté des adhérences à distance avec un pyosalpinx gauche, qui est enlevé.

Suites opératoires simples. Revue sept mois après l'opération, la malade ne souffre plus et se trouve dans un état tout à fait satisfaisant.

OBSERVATION IX.

M. MICHAUX, Société de chirurgie, 7 mars 1906, p. 267.)

Femme de 42 ans entre à l'hôpital Beaujon pour vives douleurs dans la fosse iliaque gauche avec vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et porracés. Constipation opiniâtre. La maladie remonte à quatre semaines. Elle a débuté par une perte abondante qui a duré près de huit jours et qui a suivi un retard de deux mois.

Etat général franchement mauvais; on sent une longue tuméfaction dans la fosse iliaque gauche très douloureuse à la palpation. Le diagnostic porté est celui de péricisimoïdite. Un traitement médical ne réussit pas.

La laparotomie est pratiquée par Michaux. Le côlon iliaque, sain en apparence, recouvre une masse dure, longue, incluse dans le mésocôlon iliaque et semble faire corps avec la paroi pelvienne. Le péritoine du mésocôlon est incisé, et on tombe sur un gros foyer péricisimoïdien, qui est ouvert. Du pus verdâtre s'en échappe en assez grande quantité. Le foyer est largement ouvert et drainé. La plaie n'est pas suturée; on la recouvre de compresses humides.

La malade meurt le 25 janvier.

L'autopsie est pratiquée le lendemain. On trouve le gros intestin normal; dans le mésocôlon iliaque gauche on aperçoit une masse purulente siégeant au niveau de la partie moyenne de la fosse iliaque et s'étendant en avant du psoas.

En suivant en bas cette infiltration purulente, on arrive à l'ovaire gauche, qui est sphacélé, noirâtre, et présente dans le pôle périphérique une petite cavité purulente. L'examen histologique de l'ovaire décèle des abcès de l'ovaire avec infiltration embryonnaire considérable.

OBSERVATION X

(M. le Professeur agrégé PRINCETEAU.)

F... (M^{me}), âgée de 28 ans. Huit jours après son premier accouchement, en mars 1898, elle présente des manifestations d'ordre septique au niveau de l'annexe gauche. Malgré un traitement médical, ses annexes malades marchent à la suppuration, et, un mois après, cette femme vit les phénomènes aigus s'apaiser par une décharge purulente des plus abondantes qui s'effectue au niveau de l'anus. Rappelons que pendant toute l'évolution de cette première partie du drame pathologique la malade avait présenté des douleurs très vives tout le long de l'S iliaque, en même temps qu'une constipation des plus opiniâtres et des plus douloureuses.

A l'examen, on constate une tuméfaction irrégulière et bosselée siégeant au niveau de la moitié gauche de l'excavation pelvienne. Au toucher, le cul-de-sac de Douglas est occupé par une saillie du volume d'une petite mandarine, qui est douloureuse au toucher. Le toucher rectal, qui est douloureux, ne permet pas d'aborder le siège de l'orifice fistuleux, par lequel s'écoule une certaine quantité de pus.

Le 26 juin 1900, la malade est opérée : Les annexes gauches tout entières sont prises au milieu d'adhérences épiploïques et forment une masse complètement incluse dans l'anse sigmoïde. Il est impossible d'enlever la masse annexielle gauche sans ouvrir le côlon pelvien sur une surface de un franc. Réfection de la paroi par un double plan de sutures, et nous terminons en reconstituant le plan péritonéal. Suites opératoires excellentes; les sutures furent enlevées le quinzième jour. La malade était guérie le 25 août suivant.

OBSERVATION XI

(M. le Professeur agrégé PRINCETEAU.)

C... (M^{me}), 52 ans, bien portante jusqu'au mois d'avril 1909, date à laquelle elle est prise brusquement d'une douleur très violente, siégeant au niveau de la fosse iliaque gauche, s'accompagnant de

vomissements alimentaires, puis fécaloïdes, avec absence de selles et de gaz. Le lendemain, faciès péritonéal; à la palpation, qui est très douloureuse, on sent une tumeur du volume d'une grosse poire immobile sur les plans profonds et localisée un peu en dehors de l'angle sacro-vertébral. La malade est opérée d'urgence.

Laparotomie médiane montrant l'existence d'une salpingo-ovarite à siège anormal. L'anse sigmoïde enveloppe les annexes gauches, qui sont relevées au niveau de l'angle sacro-vertébral. La poche tubo-ovarienne est intimement accolée au feuillet postérieur du mésocôlon sigmoïde et à toute la face gauche de l'anse sigmoïde. Les adhérences ne peuvent être libérées sans éviter deux perforations au niveau de la paroi du côlon pelvien. Nous faisons un double surjet et terminons l'opération par l'ablation complète de l'annexe gauche avec ligature soigneuse du pédicule. Drainage et suture de la paroi abdominale. Suites opératoires excellentes, le drain est enlevé le quatrième jour, et la malade sort guérie le dix-huitième jour.

OBSERVATION XII.

(M. Jean CASTÉRA.)

Q... (Marie), 42 ans, entre à l'hôpital parce qu'elle éprouve depuis une quinzaine de jours des douleurs dans les fosses iliaques gauche et droite l'empêchant de travailler. Dans les antécédents on signale un prolapsus survenu trois mois après un accouchement à l'âge de vingt ans et réduit définitivement en un mois par le port d'une ceinture. La malade a toujours été très constipée.

Le 13 juillet 1910, douleur très vive dans la fosse iliaque gauche; cette douleur persistant, elle entre à l'hôpital.

Examen. — Femme d'aspect chétif; à la palpation, douleur provoquée dans la fosse iliaque gauche, défense musculaire très nette. Au toucher vaginal, le cul-de-sac latéral gauche est induré. Utérus abaissé. Le diagnostic d'annexite est porté.

Opération le 28 juillet (M. le Professeur agrégé Princeteau). — L'annexe gauche est réunie par des adhérences au côlon sigmoïde; l'annexe droit est libre.

On libère le côlon pelvien de ses adhérences et l'on pratique la castration utéro-annexielle subtotale. Drainage; suture de la plaie abdominale. Suites opératoires très bonnes. La constipation s'est beaucoup améliorée.

OBSERVATION XIII.

(M. Jean CASTÉRA.)

S... (J.), 49 ans, entre à l'hôpital Saint-André parce qu'elle a des hémorragies utérines considérables, des pertes blanches fétides, et parce qu'elle souffre horriblement du ventre. Rien à signaler dans les antécédents. Le 28 avril 1910, accouchement normal; la fillette meurt de méningite à l'âge de deux mois. En juillet, ses règles deviennent plus longues, dix jours au lieu de cinq, et sa fosse iliaque gauche devient douloureuse. Ces symptômes augmentant d'intensité, elle entre à l'hôpital.

Examen. — Femme d'aspect chétif; à la palpation on constate de l'empâtement dans les deux fosses iliaques, surtout à gauche. Les culs-de-sac postérieur et latéral gauche sont empâtés et douloureux.

On porte le diagnostic d'annexite double.

Opération. — Laparotomie médiane. A gauche, minuscule abcès de l'ovaire qui adhère à trois ou quatre appendices épiploïques qui les fixent contre la deuxième partie de l'anse sigmoïde.

On libère le sigmoïde de ses adhérences; on pratique la castration utéro-annexielle subtotale, ainsi que l'appendicectomie. Drainage; suture des parois.

Suites opératoires bonnes. La malade quitte l'hôpital le 20 octobre 1916 complètement guérie. Les coliques ont complètement disparu.

OBSERVATION XIV.

(SCHWARTZ, in Küss, *Revue de chirurgie*, août 1910, p. 358.)

Femme de 40 ans, mère de trois enfants, atteinte à plusieurs reprises déjà de poussées douloureuses dans le petit bassin et la fosse

iliaque gauche. Accidents graves d'occlusion intestinale avec péritonite.

Au palper, tumeur dans la fosse-iliaque gauche. Le toucher vaginal permet de sentir un utérus immobilisé par des adhérences, et le cul-de-sac vaginal gauche est plein, mais dur et très douloureux.

Sous l'influence de la glace à demeure sur l'abdomen les accidents se calment et la malade peut être transportée à Cochin, dans le service de M. Schwartz, qui pratique la laparotomie.

On constate la présence d'adhérences englobant complètement dans un bloc l'anse sigmoïde et la trompe gauche. Il est absolument impossible d'enlever quoi que ce soit, tellement sont intimes les connexions de l'intestin et des annexes.

On pense à une tumeur maligne englobant toute la masse, et, après quelques essais infructueux de libération à la recherche d'un plan de clivage, on draine largement et on referme sans avoir rien pu faire.

Suites opératoires — La malade sortit de l'hôpital au bout de six semaines fort améliorée. Elle a été revue depuis; la masse d'adhérences avait complètement disparu.

OBSERVATION XV.

KUSS, *Revue de chirurgie*, août 1910, p. 337.)

Femme de 48 ans, entrée le 2 décembre 1905, au Pavillon Pasteur pour douleur dans le ventre, difficulté de la défécation et écoulement de pus au moment des selles.

Histoire de la malade. — Régée à 13 ans, deux grossesses, les suites de la deuxième grossesse sont fébriles. La malade n'est pas réglée depuis un an. La malade est sujette depuis deux ans à des douleurs siégeant au niveau des lombes et des articulations sacro-iliaques. Avec les selles, la malade évacue du pus jaune verdâtre, fétide; elle ne perd rien dans l'intervalle des selles. Au moment des selles, douleurs abdominales : parfois douleurs dans la région rectale, douleurs sourdes irradiant vers la colonne vertébrale et obligeant la malade à se coucher en chien de fusil.

La malade a la sensation d'un obstacle au cours des gaz et des matières fécales. Depuis un an, amaigrissement considérable. Etat général bon.

Opération par M. Duval le 29 janvier. — Salpingite double; la poche gauche est ouverte dans le côlon pelvien. Hystérectomie abdominale subtotale avec ablation des annexes. Rétrécissement en virole du côlon pelvien. Suture et enfouissement en trois étages de la perforation salpingo-colique. Anastomose latérale sigmoïdo-sigmoïdienne, péritonisation d'une partie d'anse grêle un peu dénudée au cours des manœuvres de libération des annexes.

Suites opératoires. — Normales. La malade a engraisé et ne souffre plus.

OBSERVATION XVI.

(POULAIN, *Sigmoïde et infection des organes génitaux internes de la femme*, Arch. gén. de chirurgie, janv. 1916.)

Femme de 27 ans, entrée le 18 août 1910 à l'Hôpital de la Charité pour des douleurs dans le ventre.

Antécédents. — Héritaires nuls, réglée à 15 ans, elle a eu trois enfants; à partir du second, leucorrhée et hémorragies abondantes pendant huit jours.

La malade est habituellement constipée. Douleurs dans la région lombaire, les douleurs qu'elle ressentait dans le ventre étaient très fortes à gauche et presque nulles à droite.

Il y a un mois, ces douleurs à gauche deviennent très violentes à tel point que la patiente, obligée de garder le lit, s'y roulait de douleur.

A certains moments, en faisant effort pour uriner, la malade sentait dans le vagin comme une boule qui voulait passer.

Examen. — Femme anémiée, aux traits pâles et émaciés. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche une masse volumineuse, grosse comme une tête de fœtus et adhérent très intimement à l'anse sigmoïde à la partie toute inférieure de celle-ci. Ces adhérences, très fortes, sont de véritables membranes bien or-

ganisées et qu'il est difficile de rompre. A droite, une poche de la dimension d'une petite orange adhère par quelques tractus filamenteux à la dernière partie de l'intestin grêle.

Ces deux poches sont enlevées. L'examen anatomico-pathologique et histologique a montré qu'à gauche on se trouvait en présence d'une salpingo-ovarite avec abcès volumineux développé dans l'ovaire.

Suites opératoires. — Normales. La malade sort guérie de l'hôpital le 1^{er} octobre.

Traitement. — Glace sur le ventre, régime liquide; lavages du rectum : expulsion d'une grande partie des concrétions fécales. Les jours suivants les phénomènes douloureux s'amendent. On cesse la glace et on administre une potion huileuse; débâcles abondantes.

Le boudin sigmoïdien a disparu. Mais il persiste encore de l'annexite double, surtout gauche dont le toucher vaginal peut maintenant apprécier le contour et l'étendue.

OBSERVATION XVII

(M. le docteur CHARRIER, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.)

Jeune femme de 26 ans, présentant depuis l'âge de 15 ans des pertes blanches abondantes. Pas de grossesse. Constipation opiniâtre.

Histoire de la maladie. — Depuis quelque temps, les pertes blanches sont plus abondantes, la malade ressent des douleurs à la miction et sa fosse iliaque gauche devient douloureuse. Elle entre à l'hôpital.

Examen du ventre. — Inspection : Ballonnement de la partie sous-ombilicale de l'abdomen.

Palpation : Douleur au niveau de la fosse iliaque gauche, on sent une grosse masse allongée ayant la forme et la direction de l'anse sigmoïde gonflée, sensibilité exquise, empâtement marqué.

Toucher vaginal : Le doigt rencontre immédiatement la paroi recto-vaginale soulevée par une quantité énorme de matières fécales de consistance pierreuse; on dirait de véritables calculs.

Le corps utérin, de volume normal, est fixé entre deux masses

annexielles de volume inégal, la gauche étant à peu près le double de la droite : les annexes gauches sont en effet très grosses, accolées à l'utérus, très douloureuses, sans fluctuation. L'ensemble représente une fluctuation diffuse qui se confond latéralement avec l'S iliaque.

Toucher rectal : Les matières stercorales énormes et très dures que l'on rencontre empêchent une exploration complète.

Il s'agit donc d'une annexité double, surtout gauche, de sigmoïdite et de péricystite sans que l'on puisse savoir exactement la part de l'une et de l'autre.

OBSERVATION XVIII

(M. le Professeur agrégé PRINCETEAU.)

Mme P..., 36 ans, n'ayant rien à signaler dans ses antécédents est prise au mois de septembre 1904 de douleurs très violentes dans le bassin, s'accompagnant de pertes purulentes et de constipation opiniâtre.

Examen. — Ventre douloureux, défense abdominale très grande, au toucher les culs-de-sac sont occupés par une masse régulière qui fait corps avec la matrice. Un traitement médical amende ces phénomènes. Au toucher, on peut sentir alors deux masses utéro-annexielles dont la gauche nous paraît nettement en rapport avec l'anse sigmoïde.

Elle reprend son travail et un mois après récidive.

Une castration utéro-annexielle est pratiquée le 20 mai 1909.

Cette opération nous a permis de constater que l'annexe droit était légèrement adhérent à l'appendice iléo-cæcal, ce qui a nécessité son ablation, tandis que les annexes gauches étaient accolées à la partie moyenne de l'anse sigmoïde. Ici, sans avoir besoin de déchirer la paroi du côlon, nous avons cependant, en raison de l'amincissement de cette paroi au niveau de l'une des adhérences, été amené à pratiquer une suture par enfouissement.

L'opération a été terminée par une péritonisation et drainage abdominal après fermeture du vagin. Les suites opératoires, sans être

parfaites, ont cependant amené une guérison complète au bout d'un mois. La suppuration par le trajet du drain a subsisté pendant vingt-deux jours. La malade est sortie guérie de l'hôpital le 3 juillet 1909.

OBSERVATION XIX.

(M. le Professeur agrégé PRINCETEAU.)

G... (Marie), âgée de 44 ans, présente depuis son mariage, survenu il y a quatre ans, des pertes blanches et jaunes, des douleurs dans le bas-ventre, qui la font entrer dans notre service au mois de juin 1910.

A la palpation, douleur au niveau des deux régions ovariennes. Au toucher, la mobilisation du col provoque une douleur très vive dans le petit bassin. Les culs-de-sac postérieur et gauche offrent une certaine résistance. Traitement médical. Au bout de huit jours, la malade quitte l'hôpital malgré nos conseils, se déclarant guérie.

Elle retourne le 12 août éprouvant les mêmes symptômes qu'en juin. Après refroidissement, elle est opérée le 19 août.

Nous constatons une annexite double et ancienne. Les annexes gauches sont incluses en totalité dans la concavité de l'anse sigmoïde qui est rabattue sur elles. Cette anse est retenue par les adhérences qui se sont établies entre la trompe et les ovaires gauches réunis et la paroi du gros intestin et de son mésentère. La séparation de ces organes est très difficile et il nous arrive d'enlever en certains points de véritables bandes de la couche musculaire longitudinale du colon pelvien. En un point même, perforation vite réparée par une double suture musculo-muqueuse et musculo-séreuse : la seconde enfouissant la première.

Lorsque la libération est complète, nous terminons l'opération par une hystérectomie complète et la suture du vagin et du péritoine pelvien. Drainage. Suites opératoires remarquables.

La malade sort guérie le 10 septembre.

CONCLUSIONS

I. — Les lésions de l'anse sigmoïde sont fréquentes au cours des pyosalpinx gauches.

II. — Dans ces cas, il y a utilité à faire une opération retardée, précédée d'un long traitement médical.

III. — La radiographie par lavement opaque doit, dans ces cas, nous renseigner avant l'opération.

IV. — Dans ces cas, le « Mikulicz » est particulièrement indiqué :

- a) Par drainage;
- b) Pour isoler le paquet des anses grêles;
- c) Pour faciliter l'hémostase;
- d) Pour terminer plus rapidement une opération laborieuse et grave.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBRECHT. — Die Beziehungen der Flescura sigmoïdea zur weiblichen genitale. *Münchener Medz. Woch.*, p. 2585, 1906.
- BERGE. — Etude critique du drainage à la Mikulicz en chirurgie abdominale gynécologique. Thèse Bordeaux, 1926.
- BROUHA. — Les relations de l'anse sigmoïde avec les organes génitaux de la femme. *Le scalpel, Lage*, 27 septembre 1908.
- CASTÉRA. — Rapports anatomo-cliniques des annexites gauches avec l'anse sigmoïde et son méso. Thèse Bordeaux, 1911.
- DESPRAIRIES. — De la valeur sémiologique des rectosigmoïdites aiguës témoins d'affections pelviennes. Thèse Paris, 1925.
- EVARD. — Plaies du rectum dans les opérations pour salpingite et de leur traitement. Thèse Paris, 1922.
- FAURE (J.-L.). — Chirurgie des annexes de l'utérus, Paris, 1902.
— *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 2 juillet 1919, 1038 à 1050, et 14 mai 1904, p. 613.
- FAURE et SIREDAY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- GUIBAL. — *Bulletins d'obstétrique et de gynécologie*, 19 janvier 1927.
- GUILLEMEN. — *Bulletin d'obstétrique et de gynécologie*, 1927.
- KÜSS. — Rétrécissements péricoliques pelviens. Thèse Paris, 1910.
- MICHAUD. — Société de Chirurgie, 7 mars 1906.
- MYLET. — *Journal of the American medical Association*, n° 13, 1909.
- MARTELL (DE). — Quelques mots en faveur de l'hystérectomie par décollement antérieure. *Presse médicale*, septembre 1909, p. 1084.

POLK. — Soc. obstétric of New-York. *Americ J. of obst.*, 1885, p. 617.

POULAIN. — Sigmoidites et infection des organes génitaux de la femme. *Archives générales de chirurgie*, 1991, p. 30.

PRINCETEAU. — Contribution à l'étude des rapports des annexes gauches avec l'anse et le méso-sigmoïde (Clin. chir., 1910.

ROBINEAU. — Les sutures sur le tube digestif. *Presse médicale*, 10 septembre 1921.

